№ 6. Czerwiec 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Ubytki próchnicowe zębów jako wrota, sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika, wywołującego promienicę.

Przyczynek do kazuistyki tego cierpienia. [1])

PODAŁ

Dr. Juljan Zilz

Stomatolog i c. k. lekarz pułkowy w Gyulafehérvár (Węgry).

„La vraie science et la vrai étude de l'homme, c'est l'homme".
Charron (Traité de la Sagesse).

Aczkolwiek dotychczasowa literatura, dotycząca promienicy u ludzi jest nader liczna i różnorodna, a dentystyka zwłaszcza w latach ostatnich całym szeregiem prac z tego zakresu poszczycić się może, cierpienie to zarówno u praktyka jak i teoretyka zawsze jednak żywe budzi zainteresowanie.

Zanim przystąpię do właściwego omówienia przedmiotu niniejszej pracy, chciałbym, nie rozstrzygając nasuwających się kwestji anatomicznych, patologicznych i histologicznych, w kilku słowach

---

[1]) Praca również wydruk. w „Oesterreich-Ungarisch Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, r. XXVI, z. IV,

skreślić historję badań, dotyczących tej choroby, która obecnie posiada już bardzo bogatą literaturę.

Już w roku 1868 i 1875 prof. Sebastjan Rivolta [1]) w mięsaku szczęki wołu wykazał obecność pewnych małych pręcikowatych tworów. Porównywał on je wówczas z pręcikami siatkówki oka. W tym samym, mniej więcej, czasie opisał prof. Edward Perroncito w „Encyklopedia agraria" (1879) kostniakomięsak (osteosarcoma) szczęki wołu; w środku tego nowotworu pod drobnowidzem zauważył on małe, zwapniałe, promienisto ułożone ogniska, które wówczas uważał za twory kryptogramowe. Bollinger'owi (43) przypisać należy tą wielką zasługę, że pierwszy w roku 1877 wprowadził pewien ład i porządek w chaosie, panującym do owego czasu w nauce o nowotworach szczęk i jej otoczenia. On to właśnie wykazał, iż przyczyną ich jest jeden i ten sam drobnoustrój, chorobę zaś przez tegoż spowodowaną nazwał on „aktinomycosis". Autor ten stwierdził, iż w środkowych, na pozór mięsakowych częściach guzów, wykazać można zawsze pewne charakterystyczne twory.

W badaniach swoich Bollinger postępował zgodnie z kierunkiem, wytkniętym przez botanika Harz'a (44), który wykrył w roku 1874 promienistą grzybnię (mycelium) o maczugowato zgrubiałych końcach (formy inwolucyjne), czyli właściwie promienicę *(aktinomyces bovis).*

Dopiero publikacje Bollinger'a zwróciły uwagę badaczy na cierpienie, przez tegoż nazwane i do chorób pasorzytniczych zaliczone. Równocześnie też zaczęto ogłaszać coraz więcej prac z tej dziedziny; zainteresowanie się tą chorobą wzrastało coraz bardziej, zwłaszcza odkąd niemcy wykazali, iż te sami złogi, które widywano u bydła, mogą również ukazywać się i u ludzi, lecz w zmienionej nieco postaci.

Grzybek promieniczy widzieli już w roku 1845 Langebeck Lebert [2]) w ropie ropnia opadowego (Senkungsabscess), następnie w roku 1853—Laboubène, a w roku 1871, Robin [3]),— nie znali oni jednakże

[1]) Virchow's Archiv 1882. Cz. II. 88 p. 389.

[2]) Patologische Anatomie T. I p. 54; Atlas der Pathologischen Anatomie. Paryż 1887.

[3]) Podobizny mas promieniczych, które Robin widział w ropie, pochodzącej z głęboko położonych ropni, znajdują się w „Traité de microscopie", 1871.

jeszcze pasorzytniczego jego charakteru i nadali mu miano „kryształowatych złogów ropy“. Israel w roku 1878 pierwszy przytoczył w „Virchow's Archiv“ dokładny opis obserwowanych przez siebie przypadków; samą chorobę zaś nazwał on *mykosis hominis*, stwierdzając temsamem chorobotwórczość wspomnianego grzybka.

Ponfick w roku 1882 w pracy swej (26), dotyczącej tej nowej choroby zakaźnej, stwierdził ukazanie się jej u człowieka jakoteż identyczność zarazka zwierzęcego z ludzkim.

Pierwsza hodowla grzybka udała się Oskarowi Israel'owi w roku 1884.

Wyczerpującą prawie literaturę, dotyczącą promienicy (do roku 1892), jakoteż obfitą kazuistykę tego cierpienia (421 przyp.), podaje Jllich (17) w „Beitrag zur Klinik der Aktinomykose“ (Wiedeń, 1892 r.). Zdaniem prof. A. Nikolaier'a (1), promienica, stojąca na czele przewlekłych chorób zakaźnych szczęk, jest cierpieniem zakaźnem, wywoływanem przez działanie pasorzyta roślinnego—*aktinomyces (Streptothrix aktinomyces)*. Pasorzyt ten powoduje rozwój guzów ziarninowych, łatwo ulegających rozpadowi, tak, że w krótkim czasie powstają ropnie, które, przebiwszy się albo na zewnątrz lub też do organów jamistych, pozostawiają bardzo trudno zabliźniające się przetoki. W ten sposób powstają charakterystyczne dla promienicy ropnie, usadowione na deskowato twardej, małobolesnej podstawie i komunikujące się z otoczeniem drogą licznych przetok. Znamiennem dla promienicy jest również i to, że gruczoły chłonne oraz okoliczne naczynia limfatyczne stosunkowo nieznacznym ulegają zmianom; samo cierpienie zaś rozszerza się *per contiguitatem*.. Przenosząc się drogą krwi z miejsca na miejsce, dać ono może obraz ogólnej ropnicy (pyemia)—zjawisko dostatecznie znane.

Dzięki ścisłym badaniom, grzybek promienisty jest już obecnie dokładnie znany; wiemy też, że rozwija się on i poza obrębem organizmu zwierzęcego, a mianowicie, bardzo często znajdujemy go na plewach roślinnych, które w etjologji promienicy ludzkiej wielkie mają znaczenie; plewy jęczmienia, na których grzybek promienisty bujnie się rozwija, są czynnikiem, bardzo łatwo roznoszącym tę zarazę.

Zakorzeniony zwyczaj żucia ziaren [1]) lub kłosów zboża, żucia

[1]) Zdaniem Schlegel'a (46, 47), promienica na ziarnach zboża zachować może swą żywotność przeszło rok.

kory, lub, jak to w jednym z moich przypadków się stało, żucie ziaren słonecznika, był już nieraz powodem promienicy [1]). Lubo więc nie znamy dokładnie życia grzybka poza organizmem zwierzęcym, jednak w powyż wymienionych czynnikach zmuszeni jesteśmy szukać źródła zakażenia dla ludzi i zwierząt.

Zanim opiszę poszczególne przypadki z praktyki, chciałbym w krótkich zarysach skreślić morfologiczne i biologiczne właściwości omawianego grzybka. Należy on do gatunku t. zw. *Streptotricheae* [2]), stoi więc w środku pomiędzy grzybami nitkowatymi, do których wszystkie pleśnie należą, a drobnoustrojami (bakterjami).

Główne cechy jego są następujące:

a) posiada promienisto ułożone grzybnie (mycelia) o widełkowato rozgałęziających się nitkach; rozgałęzienia te stanowią wynik bocznego pączkowania.

b) nitki jednolite jego, bez podwójnych konturów, osiągnąwszy pewien wiek, rozpadają się na krótkie laseczki lub kulki;

c) maczugowate formy inwolucyjne, spotykane również u niektórych bakterji, są pierwszymi objawami degeneracji, kończącej się zupełnem zwapnieniem.

Wspomnieć muszę, iż na udatnych nawet preparatach mikroskopowych promienica nie zawsze pojawia się w klasycznej swej postaci.

Typowa postać promienicy przedstawia się jako kłębek, otoczony wychodzącym z niego wieńcem.

Bardzo często jednak budowa gronek promienicy odbiega od opisanego poprzednio typu. Niejednokrotnie brak maczugowatych zgrubień, najbardziej charakterystycznej dla tworu części; w innych przypadkach układ ogniska nie ma postaci regularnie promienistej, lecz przedstawia się jako poplątany kłębek, w którym nitki zamiast typowego przebiegu falistego są proste, niekiedy znowu brak zupełnie widełkowatych rozgałęzień.

---

[1]) Prof. Soltmann opisuje przypadek promienicy w „Breslauer ärztliche Zeitschrift (1885, zesz. 3): chłopak, zbierając maliny na cmentarzu, przez nieuwagę zerwał kłos *hordeum murinum* i połknął go.

[2]) R. Paltauf: Sitzungsberichte der K. K. Gesellschaft für Aerzte (Wien) 29. I. 1886.

Maczugi pleśni, które obecnie uważane są za objawy degeneracji, wykazują znaczną rozmaitość co do wielkości oraz postaci. Zazwyczaj są to typowe maczugi, w wielu jednakże przypadkach miejsce ich zastępują palcowate wypustki z bocznymi wrębami. Częstokroć zamiast maczug spotyka się twory owalne lub okrągłe; prawdopodobnie, są to skruszone maczugi.

Przy odpowiednim sposobie barwienia widać, iż maczugi te nie są tworem jednolitym, lecz wykazują pewną budowę, a mianowicie, rozróżnić można jądro, jako przedłużenie nitki, i otaczającą je pochewkę.

Maczugi stanowią główną cechę tak zwierzęcej, jak i ludzkiej promienicy, a stwierdzenie ich obecności zapewnia rozpoznanie nawet wówczas, gdy w preparacie ani nitek ani całego gronka nie wykrywa się.

* * *

Zależnie od usadowienia i drogi, którą grzybek promienisty wtargnął do organizmu, choroba może przybrać najrozmaitsze postaci.

Pod tym względem rozróżnić można 5 poszczególnych grup chorobowych, a mianowicie:

Drobnoustrój wtargnąć może:

1) z jamy ustnej i gardła,

2) przy pośrednictwie dróg oddechowych,

3) z przewodu pokarmowego,

4) przez skórę.

Wreszcie pewną grupę stanowią przypadki, w których pierwotnego miejsca zakażenia wykazać nie można.

Z pośród 421 przez Illich'a zestawionych przypadków (17) 218 przypada na głowę i szyję, 16—na język, 58—na płuca, 89—na trzewia, 11—na skórę i w 29 przyp. miejsce zakażenia było nieznane [1]).

Opis tych różnorodnych postaci promienicy wychodzi poza zakres niniejszej pracy; uwagę swoją zwrócę przedewszystkiem na te przypadki, które stomatologa obchodzić mogą, t. j. *na promienicę*

---

[1]) Poncet (18) podaje, iż do roku 1902 obserwowano we Francji ogółem 146 przypadków, z tych w 79 przypadkach pierwotne ognisko chorobowe znajdowało się w jamie ustnej, a w 67—w narządach wewnętrznych.

jamy ustnej. Stąd, jak doświadczenie poucza, zakażenie najczęściej wychodzi, i takie właśnie przypadki zamierzam dokładnie rozpatrzeć.

Promienica — to jeden z najtrudniejszych problematów do rozwiązania. W jakim związku pozostają zęby ze zagnieżdżeniem się względnie rozwojem promienicy? Oto główne pytanie, na które przedewszystkiem odpowiedzieć należy.

Kwestję tę wyświetlił dokładnie znany badacz i znawca promienicy prof. Partsch (11 — 15). Później nad tym samym tematem pracował uczeń jego dr. Jaehn (16). W wyczerpującej swej pracy przedstawił on szczegółowo istotę, symptomatologję i terapję promienicy jamy ustnej, kładąc przez to wielkie zasługi na polu stomatologji. Na podstawie bardzo rozległego materjału klinicznego autor ten dochodzi do następującej konkretnej konkluzji (wykazana została obecność gronek promieniczych w kanale miazgi): ubytek próchnicowy zęba jest zatem z pewnością jedną z dróg, któremi zarazek promieniczy przedostaje się do organizmu.

Przeglądając literaturę, zawsze napotykamy jeden i ten sam obraz chorobowy.

Jak z jednej strony autorowie przyznają, że zarazek promieniczy przez spróchniały ząb przenikać może do organizmu ludzkiego, tak z drugiej strony są i tacy, którzy występują przeciw temu twierdzeniu.

W dziele swojem: „Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer“ (Obrażenia i choroby szczęk, str. 223) powiada prof. Perthes (2): „oceniając wnioski przedstawicieli obu kierunków, dojść musimy do przekonania, iż możność zakażenia przez dziąsła i śluzówkę jamy ustnej przy pośrednictwie obcych ciał roślinnych za pewnik uważana być musi; nadto wszystko przemawia za tem, że tędy właśnie zakażenie najczęściej następuje. Przyznać również należy, że nie mamy dostatecznych danych, aby, jak to czyni Baracz, do bezwzględnego zaprzeczenia co do możliwości zakażenia drogą spróchniałego zęba“.

Bardzo sceptycznie co do omawianej sprawy wyraża się prof. Nicolaier (1) (Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts, t. II str. 813): „bardzo wielkie znaczenie w etjologji

promienicy przypisywali zepsutym zębom Israel [1]) i Partsch. Że związek taki istnieje, przemawia ta okoliczność, iż u ludzi, cierpiących na promienicę szyi oraz szczęk, stosunkowo często stwierdzać można zepsute zęby. Jednakże związek ten nie jest, zdaniem wspomnianych autorów, bezpośrednim, to znaczy, aby zarazek promieniczy, napotykając w spróchniałych zębach bardzo korzystne warunki do rozwoju, przenikał stąd do organizmu. Musimy raczej zgodnie z Boström'em, twierdzącym, że próchnica zębów jest czynnikiem dla promienicy usposabiającym tylko o tyle, o ile zepsute zęby kaleczą otaczające tkanki, nadto sama próchnica powoduje częstokroć rozluźnienie dziąseł, które znów ułatwia przenikanie zarazka".

Tak również zapatruje się i prof. Schlatter (5) z Zurichu („Handbuch der praktischen Chirurgie". Bergmann, Bruns, Mikulicz, tom I, str. 722): „Twierdzenie Israel'a, przypisujące spróchniałym zębem bardzo wielkie znaczenie w przypadkach zakażenia szczęk, spotyka się obecnie z wielu stron z bardzo silnem powątpiewaniem. Zaprzeczyć się jednak nie da, iż doświadczenie Silberschmidt'a, który z zawartości otwartego kanału zębowego wyhodował zarazek promieniczy, znów na korzyść wymienionych poglądów przemawia. Jednakże i w tym ostatnim przypadku z całą pewnością wykluczyć zakażenie przez dziąsło lub periosteum alveolare nie można".

Wprawdzie inni autorowie, jak Williger [2]) (37, 56), Schmaus [3]) (22), Lexer (9), Leser (4), Strümpell [4]) (8), König [5]), Fischer [6]) (56)

---

[1]) Israel'owi udało się przy sekcji 26 letniego woźnicy z Rosji, zmarłego na promienicę płuc, w owym czasie, kiedy przypuszczano tylko pochodzenie zarazków z jamy ustnej, wykazać jako przyczynę choroby odłamek spróchniałego zęba, znaleziony w obrębie ogniska w płucach. (XV Kongress des Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin 7—10 August 1886).

[2]) „...że, zgodnie z podaniem Partsch'a, promienica przez kanały głęboko spróchniałych i pozbawionych miazgi zębów do organizmu przeniknąć może (56). R. I, zesz. II, str. 465.

[3]) str. 340 (22): „bramę wejścia stanowić mogą: jama ustna, gardło, drogi oddechowe, zwłaszcza jednak zepsute zęby".

[4]) „godnem uwagi jest zjawisko, że. o ile się zdaje, grzybek zwykł się zagnieżdżać zwłaszcza w zepsutych zębach."

[5]) König obserwował w Götyndze bardzo wiele przypadków promienicy i zawsze badał spróchniałe zęby; przypuszczał, że w tych przypadkach, w których zepsutych zębów nie znaleziono, startą i zgryzioną powierzchnię żującą zęba za wrota wtargnięcia choroby uważać należy.

[6]) Fischer zwalcza zdanie Boströma, stojąc na stanowisku. że zęby mogą stanowić miejsce wtargnięcia choroby (56). (R. I, zesz. II, pag. 673).

i inni uznają związek przyczynowy pomiędzy promienicą a spróchniałymi zębami, jednakże rozstrzygające znaczenie ma pod tym względem praca Jaehn'a (16), gdyż w niej znajdujemy bezwzględnie pewne, na ściśle naukowej podstawie oparte rozwiązanie kwestji, tembardziej, iż choroba ta, usadawiając się w przeważnej ilości przypadków w jamie ustnej, wkracza w zakres dentystyki.

Niniejsza, na trzech przypadkach oparta rozprawa, ma na celu wykazać, iż teorja Partsch'a-Jaehn'a i w praktyce znajduje potwierdzenie.

* * *

Pierwszy przypadek dotyczył promienicy obu szczęk 15-letniego terminatora szewckiego z Maros-Szt.-Imre.

Rodzice pacjenta jakoteż trzej jego bracia żyją i są zdrowi. Obciążenia dziedzicznego wykazać nie można było. Pacjent nigdy prawie nie chorował, przechodził tylko w 6 roku życia odrę.

Obecna choroba rozpoczęła się w pierwszej połowie marca 1910 roku silnymi bólami w górnym prawym zębie mądrości, promieniującymi w kierunku ucha i kąta żuchwy. Pod wpływem rozmaitych środków domowych bóle miały się po kilku dniach zmniejszyć, jednakże ruchy szczęki malały coraz bardziej; równocześnie chory zauważył w policzku guz wielkości orzecha laskowego, usadowiony ponad spróchniałym zębem mądrości. Gdy zaś niebawem w policzku utworzył się i drugi guz wielkości jaja gołębiego, a nieustępujący szczękościsk podkopał odżywianie się pacjenta, krewni go przyprowadzili do mnie, jako do specjalisty. Jako na ważną okoliczność etjologiczną, jak dowiedziałem się, wskazuje to, że pacjent częstokroć żuł ziarnka zboża i słonecznika.

Stan obecny z dnia 1 kwietnia 1910. Zdrowy, silnie zbudowany chłopiec, o dobrze rozwiniętym układzie kostnym i mięśniowym. Skóra twarzy prawidłowo zabarwiona, bez jakichkolwiek wyprysków i blizen. Ciepłota ciała 36.7; tętno 79, prawidłowe, dobrze napięte i regularne; śledziona nie powiększona; diazo-reakcja Ehrlich'a ujemna; próba Wassermann'a [1]), oftalmo-reakcja i skórna również ujemnie.

Badanie zewnętrzne wykazuje nad prawym żwaczem *(masseter)*

---

[1]) Wassermann, A. Neisser i Bruck. Serodjagnostyczna reakcja na syfilis (Deutsche med. Woch.-schr. 1906, str. 755).

dwa ściśle odgraniczone guzy wielkości jaja gołębiego, ustawione w kształcie litery *T*, a przedzielone mniej więcej 0,5 cm. szerokim paskiem zdrowej skóry; skóra ponad guzami przesuwalna; palpacja wykazała chełbotanie w obu guzach. Otworzywszy nieco usta (chory uczynić był to w stanie samodzielnie na 1.5 cm.), stwierdziłem 2 zepsute zęby, a mianowicie: górny prawy i dolny lewy ząb mądrości; wogóle, uzębienie było prawidłowe.

Ani na dziąsłach, ani w okolicznych gruczołach chłonnych żadnych zmian patologicznych nie stwierdziłem. Pod śluzówką policzka można było wyczuć zgrubienie w postaci postronka, biegnące od zęba mądrości aż do guza, a wskazujące drogę, którą zarazek się przenosił.

Jakkolwiek cała sprawa przedstawiała się jako *periodontitis chronica*, jednak wobec niebolesnego, twardego nacieku, który bez gorączki pełzająco się rozwijał, uwzględniając nadto anamnezę, musiało się we mnie zrodzić podejrzenie co do istnienia promienicy. Zdaniem Esmarch'a („Ueber Aktinomykose“, XV Kongres der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. 1886), ten właśnie deskowato twardy naciek jest znamiennym dla promienicy.

Zanim przejdę do terapji niniejszego przypadku, skreślę w krótkich słowach wynik badania bakterjologicznego i mikroskopowego.

Gronka przedstawiały kłębek nitek, wielokrotnie widełkowato rozgałęzionych, na obwodzie promienisto ułożonych i maczugowato zakończonych. Całe ognisko przypominało mozajkę a raczej rozetkę. Środek ogniska zajmowała ziarnista masa, pochodząca z rozpadłych nitek. Gronka miały wszystkie wymienione poprzednio cechy, t. j. 1) kłębkowate jądro i 2) promienisto rozchodzące się nitki, zakończone gromadnie stojącemi maczugowatemi zgrubieniami (te ostatnie, jako objaw inwolucji, nie zawsze znajdować się muszą [1]).

Barwiono sposobem Weigert'a [2]) barwnikiem Orseille. Przed

[1]) Litteldale (R. Acad. of Ireland 23, marca 1900) opisuje przypadek promienicy, tem się odznaczający, iż w ropie nie znaleziono charakterystycznych żółtych ziaren, tylko skłębione sznurki streptokoków.

[2]) Barwienie różniczkowe sposobem Weigert'a: I—barwienie w ciemno-czerwonym roczczynie Orseille w alkoholu abs. 90.00, acid. acet. 5.00, aq. dest. 40.00 (przez 2 godziny); II—opłukiwanie; III—barwienie w 1% roczczynie wodnym gencjanviolette; IV—opłukiwanie i odwadnianie w al-

rozcięciem zęba na skrawki zaszczepiono kultury na agarze glicerynowym, zgodnie z twierdzeniem prof. Schlatter'a (5), który mówi: „nawet bezpośrednie badanie mikroskopowe ropy lub skrawków tkanek nie wystarcza jeszcze do upewnienia się co do rozpoznania; chcąc więc różniczkować zarazki, należy szczepić kultury; wystarczy kilka zwyczajnych kultur na agarze i buljonie oraz kilka hodowanych bez dostępu powietrza". Pragnąc mieć tem lepszą szczepionkę, rozcierałem gronka w sterylizowanym moździerzyku agatowym i dopiero emulsję szczepiłem na pożywkach. Pierwsza generacja wykazywała rozwój powolny, natomiast następne rozwijały się już bujnie. Wynik szczepienia: suche, mocno do podłoża przylegające, podobne do kropelek rosy punkciki, zmieniające się później, po mniej więcej dwóch tygodniach, w małe, żółto-czerwone ziarenka [1]. Badanie mikroskopowe dało obrazy analogiczne do poprzednio opisanych; brak tylko maczugowatych zgrubień.

Preparaty, sporządzone sposobem Partsch'a [2]) wykazały w skraw-

---

koholu abs; V—wyjaśnienie w olejku cedrowym. Jądra przy tej metodzie barwią się na fjoletowo-niebiesko, tkanki — pomarańczowo, gronka promienicy w środkowych częściach—na jasno-niebiesko, w obwodzie—rubinowo-czerwono; obie strefy oddziela bezbarwna przestrzeń.

[1]) Promienica rozwija się na wszelkich obecnie używanych pożywkach. Otrzymywanie czystych kultur znacznie utrudnia bardzo częsta domieszka innych drobnoustrojów; stosunkowo najłatwiej wyhodować można czyste kultury w termostacie bez dostępu powietrza. Niektóre gatunki tego grzybka rozwijają się najlepiej na powietrzu, jak to było u Boström'a, inne znów bez dostępu powietrza, jak np. kultury Israel'a i Wolff'a. Boström, któremu zawdzięczamy najdokładniejszą monografję o promienicy, zaleca rozetrzeć kilka gronek pomiędzy dwoma szkiełkami przedmiotowemi i założyć możliwie dużo kultur. Na skrzepłem osoczu krwi tworzy grzybek ten zabarwienie żółte aż do ceglasto-czerwonego, które na agarze i żelatynie występuje nie zawsze. Kultura przez ukłócie w żelatynę rozrasta się drzewiasto, podobnie do kultur tężca, mianowicie—z kanału, powstałego przez wkłócie, rozchodzą się na wszystkie strony cienkie odnogi, a żelatyna wokoło nieco się rozpuszcza. W kulturach maczugowate zgrubienia nie rozwijają się tak bujnie, jak w organizmie zwierzęcym; widać tylko ich ślady, a może być zupełny ich brak.

[2]) Cztery najczęściej stosowane metody są:

I. Partsch (modyfikacja): 10% roszczyn acidi trichloracetici.

II. Fischer: acid. trichloracet. 10·00; aquae dest. 90·00; natrii chlor. 10·00; formoli (40%) 50 00.

III. Römer: $33^1/_3$% kwas mrówkowy.

IV. Schaffer: 10% kwas azotowy.

kach, wziętych z wierzchnich części zęba, masy ziarniste oraz grudki rozmiękczonej i rozpadłej zębiny. Tak rozpadła miazga, jakoteż i głębsze części korzenia, aż do tegoż wierzchołka, były gęsto zasiane gronkami promienicy, odpowiadającemi zewnętrznym swym wyglądem zupełnie gronkom, wziętym z kultury.

Leczenie polegało na wyjęciu górnego prawego zęba mądrości i przypalaniu jamy żegadłem Paquelin'a. Naszym pierwszym obowiązkiem jest bowiem zniszczyć przedewszystkiem gniazda oraz miejsce wniknięcia choroby, by w ten sposób pewniej chorego uchronić od nawrotów. Po ekstrakcji przystąpiono do następnego, terapeutyczno-chirurgicznego zabiegu.

Po rozcięciu i wyskrobaniu gąbczastych i rozpadłych mas, przepłukano ranę przy pomocy szprycy Guyon'a 3°/₀ roszczynem H_2O_2 [1]) *Merck'a,* wreszcie wytamponowano gazą jodoformową.

Że w nabranej w szalkę Petri'ego ropie było dużo chorobotwórczych, żółtawych, wielkości ziarnka prosa gronek promienicy, to, ze względu na przytoczone wyżej badanie mikroskopowe, samo przez się rozumie.

Pod wpływem codziennych przepłukiwań i tamponowania rany szczękościsk powoli ustąpił; wydzieliny znikły; rana skórna zabliźniła się pod opatrunkiem z maści kollargolowej. Cały proces chorobowy zakończył się dnia 20 kwietnia 1910 r. Pozostała tylko głęboka, linijna, fioletowo zabarwiona blizna (rys. 1). Jako środek pomocniczy podczas leczenia podawano zalecany przez Prutz'a (48) i Lieblein'a (20) jod, a mianowicie jodipinę Merck'a [2]) (25°/₀).

Doc. Euler i Köhler (51) streszczają wyniki swych badań jak następuje: 10% kwas azotowy odwapnia najszybciej i powoduje najmniejsze zmiany w objętości; 10% acid. trichloracet, (bez innych dodatków) i 33¹/₃% kwas mrówkowy powodują zmiany objętościowe; co do czasu trwania odwapniania, to te dwie metody różnią się niewiele od siebie. Pod obu jednakże względami ustępują one kwasowi azotowemu. Mieszanina Fischer'a odwapnia mniej więcej w tym czasie co i kwas mrówkowy, powoduje jednak największe stosunkowo zmiany objętościowe.

[1]) Bruns (52) i Honsell (53) proponują do celów przepłukiwań i mokrych okładów w przypadkach ran zakaźnych i ropni 1% rzadziej 3% rozczyn H_2O_2 Merck'a, twierdząc, iż oczyszczanie powierzchni rany oraz rozwój bujnej, zdrowej ziarniny prędzej i łatwiej tym, aniżeli innym środkiem, wywołać można.

[2]) Doc. Dr. Kreibisch (39) podaje, iż w jednym przypadku podo-

Ostatnią dawałem, idąc za wskazówkami Taylor'a, 4 razy dziennie po 30 kropli w mleku. Chory zażywał lekarstwo chętnie i nigdy na żadne dolegliwości się nie skarżył. Nadmienić nadto muszę, iż pacjent przed opuszczeniem szpitala, mimo perswazji, w żaden sposób na wyjęcie bardzo zniszczonego |8 zęba zgodzić się nie chciał.

Dnia 18 maja 1910 r. pacjent ten zgłosił się ponownie, podając, że od pięciu dni boli |8 ząb. Nad dolną szczęką powstał guz wielkości orzecha laskowego; równocześnie chory zauważył wzmagające się coraz utrudnienie ruchów szczęki. Badanie miejscowe wykazało guz wielkości dłoni, usadowiony na poziomem ramieniu szczęki dolnej, na podstawie swej nieprzesuwalny i niebolesny, umożliwiający dokładne zbadanie szczęki. Na wierzchołku guza widać było 2 sinawo zabarwione, a ze sobą nie komunikujące się, chełboczące wzniesienia. W głębi wymacać można było naciek w postaci postronka, do |8 zęba biegnący; trzonowce obluźnione; dziąsła obrzękłe i łatwo krwawiące. Rozpoznanie: recydywa promienicy.

Leczenie. Po rozluźnieniu szczękościsku wyjęto przedewszystkiem |8 ząb. Płukanie jamy ustnej 3% $H_2 O_2$. Celem przyśpieszenia rozmiękczenia nacieków, zalecono gorące okłady. Ropień rozcięto dnia 10 maja 1910 r. w znieczuleniu Schleich'a. Po wyskrobaniu jamy i przypaleniu ranę, komunikującą się z ustami, wytamponowano. Od zamiaru podskórnego oczyszczenia drugiego ropnia musiano odstąpić, a to ze względu na to, że przetoka widełkowato się rozdzielała. Opatrunek z octanu glinowego [1]). Dnia 21 maja: przepłukiwanie kanału 3% $H_2 O_2$; tamponada, celem przeszkodzenia zarośnięciu przetoki (stosownie do wskazówek Garre'go (3) i to aż do czasu, gdy ściany pokryją się zdrową ziarniną (2 i 3). Dnia 26 maja powtórne wyskrobanie gęsto gronkami promieniczemi zasianej ziarniny. Dnia

---

bny guz nakłół, a następnie śródmiąższowo zastrzykiwał 25% jodipinę. Ogółem zastrzyknięto 30 cm.³ jodopiny. Po 3-miesięcznem leczeniu nastąpiło zupełne zagojenie. Autor ten zaleca jodopinę jako środek, który, zastrzyknięty w większej nawet ilości, nie powoduje bólu i tworzy pod skórą poniekąd składy, z których organizm przez dłuższy czas jod czerpać może.

[1]) Plumbum aceticum 60.00; aquae dest. 180.00; aluminis crudi 45.00; aquae dest. 540.00 (przepis farmakopei wojskowej).

31 maja: naciek i obrzęk, jakoteż utrudnienie ruchów szczęki—znacznie mniejsze; opatrunek jodoformowy. Dnia 20 czerwca: opatrunek z maści kollargolowej. Dnia 30 czerwca: wyleczenie.

Jak w poprzednim, tak i w tym przypadku, jako lek pomocniczy podawano jodek potasu, środek, o którym Nikolaier (1) mówi: „Wśród wszystkich leków jodek potasu zasługuje na największe zaufanie, i stosowania jego nie powinno się zaniedbywać nawet w przypadkach chirurgicznych“. Oczywiście, nie można po jodzie spodziewać się wyleczenia tam, gdzie zabieg chirurgiczny jest bezwzględnie wskazany. Taki sam pogląd wyraził i lekarz sztabowy dr. Jaehn w liście do mnie skierowanym: „Po jodzie my w naszej klinice niczego się nie spodziewamy, a chory, który zbyt późno zgłosił się do radcy tajnego prof. Partsch'a, umarł skutkiem promienicy mózgu“

Reasumuję krótko powyższy przypadek:

U zupełnie zdrowego, młodego chłopca, wkrótce po żuciu ziaren słonecznika i przechowywanego w śpichrzu na zasiew zboża, wystąpiły bóle w okolicy 8| zęba. Reszta uzębienia z wyjątkiem |8 jakoteż dziąsła były zdrowe. Gdy ból ustąpił, na prawym policzku wystąpiły dwa guzy; po ich otwarciu przekonano się o łączności tychże ze zepsutym 8|, względnie z jego zębodołem; kanał wyczuwany był jako twardy postronek. Charakterystyczne w tym przypadku były nadto ziarnka promienicy w 8|, jakoteż wiotka, łatwo krwawiąca ziarnina. Obraz przy nawrocie choroby różnił się od poprzedniego tylko co do czasu i umiejscowienia.

Opisany wyżej przypadek może służyć jako dowód, stwierdzający teorję Partsch'a Jaehn'a, gdyż t y l k o d w a t e z e p s u t e z ę b y s t a n o w i ć m o g ł y w r o t a w t a r g n i ę c i a z a r a z k a p r o m i e n i c y d o o r g a n i z m u. Różnicę co do czasu wybuchu obu ognisk wytłumaczyć można w ten sposób, iż aczkolwiek zarazek równocześnie wtargnął do obu zepsutych zębów mądrości, lecz podczas gdy choroba 8| szybko się rozwijała, w |8 grzybek promieniczy wraz z innymi drobnoustrojami długo wegetował, aż wreszcie skutkiem postępującej coraz dalej próchnicy dostał się do miazgi, a miazga wszak, zdaniem Jaehn'a, ma dosyć tkanki ziarninowej, zarazek promieniczy więc w tych warunkach nie ginie. Z drugiej strony, jak twierdzi Fischer (57), rozgałęzienia kanałów korzeniowych mają dużo zaułków, bardzo odpowiednich do osiedlania się rozmaitych beztlenow-

ców (facultative Anaeroben); we wnętrzu więc zęba istnieje cały labirynt.

Po miesiącu choroba, będąca w stanie uśpionym, wybuchła ponownie. Wyjęcie we właściwym czasie |8, na co pacjent absolutnie zgodzić się nie chciał, uchroniłoby go z pewnością przed nawrotem. Wykluczonem jest bowiem, by chory powtórnie się zaraził, zwłaszcza, że, ostrzeżony co do przyczyny choroby i po tylu cierpieniach, na pewno już nigdy ani słonecznika ani pszenicy gryźć nie będzie. Cicero powiada (Pro Murena XX—42): „Cui dolet, meminit."

Przypadek 2 (rys. 4). Dnia 27 czerwca 1909 r. zgłosił się do mnie Florea P., 26 letni rolnik, pochodzący z zupełnie zdrowej rodziny, dobrze rozwinięty osobnik, zdrowy, narzekając na guz wielkości orzecha laskowego, usadowiony nad kątem żuchwy. Powstanie tegoż chory stawia w związek przyczynowy z bólem zębów, na który przedtem cierpiał. Chory dalej podaje, iż poprzednio miał już taki sam guz, lecz ten, leczony ciepłymi okładami, pękł, a pozostała po nim sącząca się przetoka. Pacjent przyznaje, iż podczas pracy w polu z przyzwyczajenia żuł owies i pszenicę.

Przy oględzinach jamy ustnej stwierdziłem, iż z wyjątkiem |8‾ pacjent miał zupełnie zdrowe uzębienie; okoliczne gruczoły chłonne nie obrzękłe; dolny ząb mądrości zupełnie zniszczony; pozostała z niego tylko mała miseczkowata reszta korony. Od strony ust wymacać można było w policzku zgrubienie postronkowate, biegnące od obrzęku, odpowiadającego zewnętrznemu guzowi, aż do |8‾.

Mniej więcej, na dwa palce poniżej guza widać było przetokę, oddzieloną od niego paskiem zdrowej skóry. Z przetoki sączyła się szklista wydzielina, żółte gronka zawierająca. Zgłębik przez otwór zewnętrzny prowadzi pod górny naciek aż do zębodołu. O ile już z zewnętrznego wyglądu można było rozpoznać promienicę, badanie drobnowidzowe w zupełności rozpoznanie potwierdziło.

Leczenie polegało na wyjęciu |8‾, wyskrobaniu i przypaleniu zębodołu. Po rozcięciu wyskrobano i naciek, usuwając ostrą łyżeczką rozpadłe ogniska, względnie tłuszczowo zwyrodniałą miękką ziarninę. Przepłukawszy przetokę ciepłym 3% rozszczynem $H_2 O_2$ Merck'a, ranę wytamponowano gazą jodoformową. Również i w tym przypadku nie można było podskórnie wyskrobać górnego nacieku, gdyż prze-

toki, krzyżując się, leżały jedna nad drugą. Dnia 20 lipca 1909 r. rana się zagoiła, pozostały tylko 2 blizny w postaci linji.

Kultury oraz skrawki mutatis mutandis wykazywały podobne jak i w poprzednim przypadku stosunki.

I powyższy przypadek jest klasycznym przykładem, w którym wszystko już z historji samej choroby wyczytać można było.

Jedyny spróchniały ząb w ustach! I ten stał się powodem zakażenia promienicą. Przypadek ten w zupełności wyklucza wszelkie wątpliwości co do prawdziwości teorji Partsch'a-Jaehn'a.

* *
*

Przechodzę teraz do opisu *trzeciego* przypadku. Jest on nietylko ze względu na rzadkość, lecz i z tego jeszcze względu bardzo ciekawy, iż na pierwszy rzut oka zdawać mogłoby się, że ma się do czynienia z pierwotną promienicą skóry. Podobne przypadki opisują: Tilanus i Hochenegg (49, 50), Kamen [1]), Kopstein [2]) i inni pod nazwą *actinomycosis cutis*.

Przeglądając rysunki 5 i 6, ma się wrażenie nacieków zołzowych, jednakże badanie drobnowidzowe potwierdza w zupełności pierwotne moje rozpoznanie, t. j. istnienie promienicy.

Prof. Nikolaier powiada: „Jakkolwiek promienicę szczęk i szyi poznajemy już na podstawie powolnie rosnących, twardych, rozlanych, zazwyczaj niebolesnych, miejscami ulegających rozmiękczeniu nacieków, a następną promienicę skóry na podstawie charakterystycznych, przez nią spowodowanych zmian, mimo to dopiero wykazanie właściwego zarazka daje możność postawienia ścisłej, różniczkowej djagnozy pomiędzy promienicą a innemi sprawami zapalnemi, spowo-

---

[1]) „Przypadek pierwotnej promienicy skóry“ (Wiener Med. Wochschr. 1898, Nr. 18 str. 837): „dass die reine Hautactinomykose zu den seltensten Formen gehört und verläuft dieselbe teils unter dem Bilde chronischer Geschwüre, teils ähnlich dem Lupus, mit Knötchenbildung und einer entschiedenen Tendenz zur Spontanheilung (Schlange).“

[1]) Kopfstein: „Przypadek promienicy skóry“ (Časopis lekařu, Nr. 29, 1900): zakażenie kłosem podczas wiązania snopów otwartej rany ciętej pomiędzy dużym palcem a wskazującym prawej ręki.

dowanemi przez spróchniałe zęby względnie zmiany skrofuliczne skóry.“

Na posiedzeniu *Academie de médicine*, odbytem w dniu 10 maja 1910 r., roztrząsał Ferdinand Vidal [1]) możność serodjagnozy promienicy w przypadkach, w których zwykłe sposoby djagnostyczne nie wystarczają. Doświadczenia Vidal'a ze sporotrichosą i agglutynacją ich zarodników przez surowicę chorych wykazały, że również i surowica chorych na promienicę daje z zarodnikami *sporotrichon* reakcję koagglutynacji i kofiksacji. Do sporoagglutynacji najlepiej nadaje się 6—16-tygodniowa czysta kultura na 4% glikozie lub maltozie z żelatyną. Zdaniem Vidal'a, stwierdzenie u chorego sporoagglutynacji i dodatniej reakcji kofiksacji dla *sporotrichus* Beuermani świadczy, iż w danym przypadku ma się do czynienia z mykosą, pokrewną promienicy.

Przypadek 3. Anna Fl., l. 30 licząca, źle zbudowana, schorzała, osoba małokrwista, choruje od lat dwóch. Podaje ona, że bóle zębów już dawniej bardzo często ją nawiedzały. W lipcu 1908 r. zauważyła po raz pierwszy utrudnienie w poruszaniu szczęk, a równocześnie powstał na szczęce dolnej, po stronie lewej, twardy guz wielkości orzecha włoskiego, który mimo stosowania najrozmaitszych leków domowych nie ustępował. Około Wielkiej Nocy 1908 r., a więc w pięć miesięcy później, guz pękł, pozostawiając przetokę, a obrzęk rozszerzył się aż do połowy szyi.

W czerwcu 1909 r., podobna sprawa rozpoczęła się i po stronie prawej, i od tego czasu powstawały na przemian to guzy, to przetoki. Sącząca się wydzielina i szczękościsk tak dalece osłabiły chorą, iż wreszcie zdecydowała się zaprzestać leczenia domowego i udała się pod opiekę lekarską.

Stan obecny z dnia 12 października 1909 r.: Jama ustna pacjentki przedstawia obraz zupełnego zaniedbania. Szyjki znajdujących się jeszcze w jamie ustnej spróchniałych zębów

. 6, . . 4, . . 1, | . 2, . . 5, 6, . .
. . . . 4, 3, 2, 1, | 1, 3, 4, ...

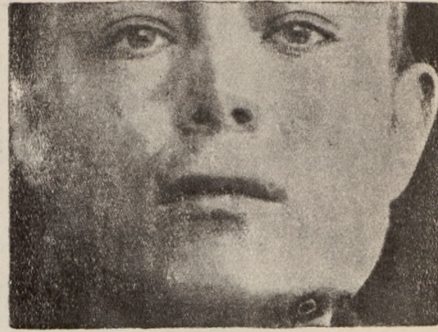
pokrywa gruba warstwa kamienia nazębnego, a resztki korzeni dwuguzkowców i trzonowców szczęki dolnej obrośnięte na ziarninującemi

---

[1]) Münchener Med. Wochensschr. 1910 Nr. 32 str. 1717.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.



Rys. 6.

dziąsłami; śluzówka przedsionka ust obrzękła, pokryta gęstym śluzem; brodawki międzyzębowe zgrubiałe; reszta dziąseł sina, obrzękła i cuchnąca. W gardle, na migdałach i w *cavum retropharyngeale* żadnych zmian patologicznych nie stwierdzono.

W moczu ani cukru, ani białka nie było. Ehrlich'a diazoreakcja, próba Wassermann'a i reakcja tuberkulinowa według Moro i Pirguet'a wypadły ujemnie.

Rysunki 5 i 6 wykazują zmiany na szyi. Wygląd tych zmian jest rozmaity. Przedstawiają się one jako nacieki, nieco bolesne, ciastowate, rzekomo chełboczące; przebiegają bądź poprzecznie do osi szyi, bądź też są zupełnie nieregularnie rozsiane. Niektóre z nich wystają guzowato nad powierzchnią, inne znów, zwłaszcza po stronie lewej, wykazują cechy wrzodzianek. Na podbródku widać wrzody, w środku .zabliźnione, a otoczone wieńcem otworów, wgłąb' przetok prowadzących. Wrzody te mają skłonność do odśrodkowego rozprzestrzeniania się. Na szczególną uwagę zasługują guzki, biegnące wzdłuż linji środkowej podbródka.

Pomimo długiego trwania choroby okoliczne gruczoły nieznacznie tylko były zajęte.

Badanie drobnowidzowe tkanek, zasianych wprost ziarnami promienicy, wykazało, iż ziarna te składają się z jednego lub kilku gronek o promienistym zwłaszcza na obwodzie układzie nitek, na końcach maczugowato zgrubiałych. Ku środkowi kłębek ten rozluźnia się nieco, a ze środka jego wychodzi pień, który, przebijając w jednem miejscu warstwę maczug, wrasta w tkanki podłoża.

Badanie kultur potwierdziło w zupełności djagnozę. Korzenie dwuguzkowców i trzonowców zwłaszcza ku wierzchołkowi pokryte były, jak wykazał mikroskop, ziarniną, zasianą gęsto gronkami promienicy.

W tym przypadku z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć możemy, iż zarazek promieniczy przez zepsute zęby wtargnął do organizmu, zwłaszcza gdy uwzględnimy wywiady pacjentki, podającej, iż godzinami nieraz trzymała w ustach badyle lnu, do potrzebne jej robót tkackich.

Z korzeni zarazek przeniósł się na szczękę dolną, a po przebiciu na zewnątrz, łatwo przez rozmiękczoną już rozmaitymi środka-

mi domowymi skórę rozszerzył się w tkance podskórnej, dając następnie obraz promienicy skóry.

Leczono jak w przypadku 1 i 2. Ropnie nacięto; rozpadłe, brunatne, maziste masy, jakoteż chore granulacje usunięto ostrą łyżeczką i nożyczkami; ściany przypalono Paquelin'em. Głębokie przetoki rościęto, wyskrobano i przypalono. Rany przemywano H_2O_2 Merck'a, która, zdaniem Lombardin'a [54] i Pôlet'a, jest jednym z najlepszych środków odkażających[1]). Wszystkie zaułki przestrzykiwano i tamponowano gazą jodoformową, nie dopuszczając do sklejenia się ścian, tak długo, aż wszystkie ślady twardego nacieku promieniczego ustąpiły. Samo się przez się rozumie, iż jednocześnie zwrócono uwagę i na jamę ustną. Doskonałe usługi oddał w tym przypadku *spray* z pyocyanazy. Jako leczenie dodatkowe, zastosowałem przekrwienie bierne.

Przekrwienie bierne pierwszy zastosował Klapp [2]) przy pomocy aparatu, podobnego do bańki, z którego usunął powietrze przy pomocy strzykawki lub balonu gumowego.

Głównem zadaniem takiego działania ssącego jest wydobycie na powierzchnię zarazka z głębi ogniska zapalnego, zwłaszcza zaś z rozmiękłych nacieków. Tym sposobem udało mi się czas gojenia znacznie skrócić. Co 3 minuty przystawiałem na chwilę bańkę, czas zaś działania bańki, ogółem wziąwszy, wynosił 5 minut. Również i w tym przypadku podawałem przez cały czas leczenia 25% jodipinę Merck'a w dużych dawkach. Chora znosiła preparat ten bardzo dobrze[3]). Dodatkowo dawano chorej arszenik. Lek ten działał bardzo dodatnio w dwóch kierunkach: z jednej strony, jako wyśmienite *stomachicum*, z drugiej — zaś jako dobre *roborans*.

---

[1]) Perhydrol działa głównie, spieniając wydzieliny, czyli mechaniczno-katalicznie. Piana, wyrzucając z rany wydzielinę, porywa ją ze sobą wraz z niej znajdującymi się drobnoustrojami. Perhydrolem można zatem mechanicznie oczyszczać ranę, nie drażniąc tkanek; stwarza on poniekąd idealną niejako mechaniczną dezynfekcję.

[2]) Klapp. „Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen mittels Saugapparaten (Münch Med. Woch.-schr. № 16. 1905. p. 740).

[3]) W przypadkach, w których podskórne zastrzykiwanie jodipiny jest niemożliwem, a oleisty smak przetworu utrudnia jego zażywanie, znakomite oddają usługi ani, smaku ani zapachu nie posiadające: *jodipinum solidum* lub *tabletki jodipinowe* Merck'a (Darmstadt).

Podnosząc w okresie rekonwalescencji subjektywne uczucie zdrowia, oddawał on pacjentce znaczne usługi.] Również zapisałem arszenik i w tej nadziei, iż tenże może i miejscowo, choć słabo, zdziała.

Dnia 22 marca 1910 po pięciomiesięcznem leczeniu wypisano chorą jako uleczoną.

Pacjentkę widziałem 1 sierpnia r. b.; przybrała ona 6 kg. na wadze, a promienica zupełnie u niej wygasła.

Zdaję sobie w zupełności sprawę z tego, że na podstawie tak małego mego materjału klinicznego definitywnie kwestji promienicy rozstrzygać nie można. Rozstrzygające słowo wypowiedzieć mogą w tym względzie tylko duże instytuty dentystyczne, które rozporządzają obfitym materjałem klinicznym.

Mojem zadaniem było zebrać wszystko to, co badanie objektywne i stomatologiczne dać może. Tylko ścisłe sformułowanie zasadniczych poglądów, oparte na materjale kazuistycznym, badania prowadzić może na właściwe drogi.

Szanownemu koledze, Jaehn'owi, lekarzowi sztabowemu pułku grenadjerów króla Fryderyka III (2 szląski № 11), dentyście we Wrocławiu, za pomoc niniejszem serdeczne składam podziękowanie.

Literatura.

1. A Nicolaier: Aktinomykose. Die deutsche Klinik am Eingang des 20-Jahrhunderts von Leyden und Klemperer, 1903. 2. Prof. Perthes: Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. Stuttgart, 1907. Deutsche Chirurgie von Bruns. 3. Prof. Garre: Aktinomykose. Handbuch der Therapie der Infektionskrankheiten von Penzoldt und Stinzing, Bd. 1, Jena, 1903. 4. Prof. E. Leser: Allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. Jena 1908. 5. Prof, Schlatter: Die Aktinomykose der Kiefer. Handbuch der praktischen Chirurgie, Bergmann, Bruns, Mikulicz, Bd. 1, 1903. 6. Prof. Scheff: Handbuch der Zahnheilkunde, 3. Aufl. 7. Eulenburg: Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde, 1907. 8. Prof. Strümpell: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig 1909. 9. Prof, Lexer: Lehrbuch der allgemeine Chirurgie. Stuttgart 1910. 10. Abel: Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten, 1901. 11. Partsch: Zwei Fälle von Aktinomykose des Menschen. Breslauer ärztliche Zeitschrift, 1881. 12. Partsch: Einige neuere Fälle von Aktinomykose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 3, 23, 1886. 13. Partsch: Die Aktinomykose des Menschen. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 306/307. Leipzig 1888. 14. Partsch: Die Eingangspforte des Aktinomyzes. Wiener klinische Wochenschrift, 1893, H. 6. 15.

P a r t s c h: Verletzungen und Erkrankungen der Kiefer. Handbuch für praktische Chirurgie, Bd, 1, 1. Aufl. 16. J a e h n: Die Aktinomykose des Mundes unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu den Zähnen. Arbeiten aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Breslau, Bd. 2, 1909. 17. I l l i c h: Beitrag zur Klinik der Aktinomykose. Wien 1892. 18. P o n c e t und B e r a r d: De l'actinomycose humaine en France. Gazette hebdom. de méd. et de chir., 1902. № 27. 19. S i l b e r s c h m i d t: Ueber Aktinomykose. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 37, 1901. S. 345. 20. L i e b l e i n: Ueber die Aktinomykose der Haut. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 27, 1900, S. 766. 21. L i e b l e i n: Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose. Ebenda, Bd. 28, 1900, pag. 198. 22. S c h m a u s: Grundriss der pathologischen Anatomie, 8. Aufl., 1907. 23. T é v r i e r: Actinomycose de la machoire inférieure. Société de médecine de Nancy, 1896. 24. I s r a e l: Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomykose des Menschen. Berlin 1885. 25. I s z l a i: Welche Rolle können kariöse Zähne bei aktinomykotischen Infektionen spielen? Pester med. chirurgische Presse, 1892, № 6. 26. P o n f i c k: Die Aktinomykose des Menschen. Festschrift zum 25-jährigen Jubiläum Virchows. Berlin, 1882. 27. S c h m o r l: Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Leipzig, 1907. 28. R o l a n d P. W.: Three cases of actinomycosis. Lancet, 1902, 6. Sept. 29. W ö l f l e r: Zur Behandlung der Aktinomykose. Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 30. B a r a c z: Ueber die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 68, H. 4. 31. P o i s s o n n i e r: Aktinomykose der Gesichtshaut. Lyon, méd. 1905, № 16. 32. W i l l i g e r: Ueber Aktinomykose in der Armee. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1905, H. 5 p. 257—277. 33. B r u n s, Prof. Dr.: Zentrale Aktinomykose des Unterkiefers. Münchener med. Wochenschrift, 1903, № 6. p. 236. 34. C i e c h a n o w s k i: Zur Aktinomyzesfärbung in Schnitten. Zentralblatt für Hygiene 1903, p. 45 — 89. 36. D o e p k e: Weitere Mitteilungen über den Erreger der menschlichen Aktinomykose. Münchener med. Wochenschrift, 1903 p. 2245. 37. Prof. W i l l i g e r: Zahnärztliche Chirurgie. Leipzig, 1910. 38. K o r â n y i, Prof. v.: Aktinomykose und kariöse Zähne. Aus Nothnagel's Pathologie und Therapie, Bd. 5, Teil 5. Zoonosen; I. Abt. 39. K r e i b i c h C. (Wien): Heilung eines Falles von Aktinomykose der Wange durch Injektion von Jodipin. Sitzungsbericht d. allg. W. m. Z., 1902, № 4. 40. P r o t o p o p o f f und H a m m e r: Ein Beitrag zur Kenntniss der Aktinomyzeskulturen. Zeitschrift für Heilkunde, 1890, H. XI, p. 1225. 41. R e d a r d, Prof. (Genf): Ueber Aktinomykose. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde H. 5, p. 170. 42. S c h u l z e: Kasuistische Beiträge mit besonderer Berücksichtigung der Eingangspforte. Inaugural-Dissertation. Mahrburg, 1895. 43. B o l l i n g e r: Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Zentralblatt für die med. Wissenschaften 1877, № 27. 44. H a r z: Deutsche Zeitschrift für Tiermedizin, 1874 p. 125 (Supplementheft). 45. B o s t r ö m: Untersuchungen über die Aktinomykose des Menschen. Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie von Ziegler, Bd. IX, 1890. 46. S c h l e g e l M.: Aktinomykose. Kolle-Wassermann. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, 1903, Bd. 2, S. 861. 47. S c h l e g e l M.: Aktinomykose der Menschen und der Tiere. Ergebniss von Lubarsch und Ostertag, Bd. 5,

S. 404. 48. Prutz: Die Behandlung der Aktinomykose mit Jodkalium, experimentelle und klinische Untersuchungen. Mitteillungen a. d. Grenzgebiet v. Medizin und Chirurgie, 1898, Bd. 4, S. 40 ff. 49. Hochenegg: Zur Kasuistik der Aktinomykose des Menschen. Wiener medizinische Presse 1887, Bd. 28. № 16—18. 50. Hochenegg: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886, № 45 und 52. Jahresbericht der I. chirurgischen Klinik (Albert), Wien, Schuljahr 1887. 51. Doz. Euler und Köhler: Vergleichende Studie über die Einwirkung der gebräuchlichsten Entkalkungsflüssigkeiten auf die Zähne. Korrespondenzblatt für Zahnärzte. Bd. 39, H. 3. 52. Bruns.: Ueber die Behandlung infiizierte Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd. Berliner klin. Wochenschrift. № 19 ex 1900. 53. Honsell B.: Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds in der Chirurgie. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 27. H. 1. 54. Lombardino W.: Das 30-prozentige H_2 O_2 - Merck in der Zahnheilkunde. Journal für Zahnheilkunde, 1903, № 3. 55. Pôlet M.: Perhydrol et hyperchaleur. Annales de l'Institut Chirurgical de Bruxelles, 1908, № 2. 56. Dr. Fischer Guido und Prof. Mayrhofer: Ergebnisse der gesamten Zahnheilkunde. Wiesbaden, 1910. 57. Dr. Fischer: Beiträge zur Behandlung erkrankter Zähne mit besonderes Berücksichtigung der Anatomie und Pathologie der Wurzelkanäle. Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen, Heft 4/5, 1908.

Dział sprawozdawczy.

29). Dr. Höncz (Klausenburg). **Xerostomia** (Oest.—Ung. Vierteljahrsschr. f. Z-de II r. z.).

Xerostomia—jest to suchość jamy ustnej wskutek braku śliny. Rzadko się ona spotyka; bywa opisywaną pod nazwą: *aptyalismus*, *asialia*, *morbus Zagarii* (u włochów). Dr. Fellenz zebrał z całej literatury wszystkiego 39 przypadków. Autor w ciągu 19 lat widział tylko 2 przypadki. Etjologja niewyjaśniona. Może wystąpić nagle u ludzi zupełnie zdrowych, również po influenzie, po śwince (mumps) i po innych zapaleniach gruczołów ślinowych, jeżeli zapalenia te występują chronicznie, lub też, jeżeli z ostrej formy przechodzą w chroniczną; tkanka gruczołowa ginie więc wskutek przerostu łączno-tkankowego. Przyczynowymi momentami mogą być też: bardzo ostre pokarmy, wstręt przy pierwszem noszeniu zębów sztucznych oraz silne psychiczne lub fizyczne wstrząśnienie. Jurasz i Ward obserwowali kserostomję po wypadnięciu wszystkich zębów i poprawę po wstawieniu sztucznych. Główny objaw cierpienia—suchość w ustach. Śluzówka jamy ustnej jest sucha, świecąca, gładka i blada; język po-

dobny do surowego mięsa, czerwony, z brózdami, pozbawiony nabłonka; śluzówka jego niekiedy twarda i chorobliwie zmieniona. W niektórych przypadkach wraz z suchością ust bywa także suchość nosa, przełyku i gardła, rzadko — suchość oczu. Z 39 przypadków, które zebrał Fellenz, suchość samej tylko jamy ustej była w 15 przypadkach; w 2 przyp. autora była tylko suchość ust. Prawie wszyscy autorzy utrzymują, że przy tej chorobie zęby wkrótce próchnieją, wypadają lub muszą być usunięte. Dr. Seifert przytacza 2 przypadki, gdzie pomimo późnego wieku pacjentów (65 i 75 lat) zęby zostały zachowane; w jednym przypadku autora, kobieta 28-letnia miała wszystkie zęby, chociaż w większej części spróchniałe; przednie zęby można było wobec braku śliny plombować złotem bez ślinochronu. W drugim przypadku autora, u kobiety 58-letniej w górnej szczęce zostało się 6 zębów, w dolnej 8.

Zawsze koniecznem jest zbadanie gruczołów ślinowych i ich otworów ujściowych. Jurasz z zaobserwowanych przez siebie 6-iu przypadków w 3 zauważył bezbolesne powiększenie i stwardnienie gruczołów podszczękowych i przyusznych. W przypadkach Battle'a i Hutchinson'a był tylko perjodyczny obrzęk *parotis*. Otwory przewodów gruczołów ślinowych były otwarte; tylko Bartoley i Duncan mieli po jednym przypadku, gdzie *ductus Warthonianus* i *ductus Stenonianus* były zamknięte. Podług mniemania autora, samo tylko zamknięcie gruczołów ślinowych nie może stać się przyczyną kserostomji, gdyż: 1) nie wszystkie 6 otworów przewodów mogą być jednocześnie zamknięte, 3) pozostają jeszcze wydzieliny gruczołów śluzowych w jamie ustnej. Przyczyna tkwi w organie centralnym.

Smak w większości przypadków jest zmniejszony; w jednym przypadku autora było jeszcze osłabienie węchu. W obydwóch przypadkach skóra była zupełnie sucha; nie było wydzielenia potu; ta łączność między suchością jamy ustnej a suchością skóry także dowodzi, że przy kserostomji stan gruchołów ślinowych nie gra roli, a przyczyna choroby tkwi w mózgu, w ośrodku, zarządzającym wydzielaniem śliny. Mowa jest nieco utrudniona; potrzeba ruchów połykowych zmniejszona. Nie bacząc na brak śliny, trawienie nie zmienia się; widocznie rolę ptyaliny bierze na siebie sok pankreatyczny; sole i cukier rozpuszczają zamiast śliny inne płyny, wchodzące do żołądka, a także sok żołądkowy. Ogólny stan, podług

opisów większości autorów, nie cierpi; niektórzy tylko chorzy byli zdenerwowani. Ale w jednym przypadku autora była neurastenja, w drugim ciężka histerja, która doprowadziła do samobójstwa. Przebieg kserostomji chroniczny. Początek często nagły, po fizycznem albo psychicznem wstrząśnieniu; choroba stopniowo zwiększa się, sięga punktu kulminacyjnego i zostaje bez zmiany w przeciągu szeregu lat. Rozpoznanie łatwe; chorzy sami wskazują swoją chorobę; w anamnezie niekiedy zapalenie gruczołów ślinowych i zatkanie otworów przewodów, ale najgłówniejsze — to zmiany w centralnym systemie nerwowym, na które w przyszłości koniecznie należy zwracać uwagę. Rokowanie niepomyślne; ale w przypadkach Jurasz'a, gdzie było powiększenie i stwardnienie gruczołów przyusznych i podszczękowych, nastąpiło polepszenie po wprawieniu zębów sztucznych; w przypadku Ward'a, gdzie kserostomja ukazała się nagle po przymierzeniu zębów sztucznych, a zatem po psychicznem wstrząśnieniu, wyleczenie nastąpiło pod wpływem noszenia tychże zębów sztucznych. Co do lokalizacji, przypadki kserostomji można podzielić na dwie duże grupy: w mniejszości znanych dotychczas przypadków były zmiany patologiczne w gruczołach ślinowych i ich przewodach, w większości przypadków, do których odnoszą się 2 przypadki autora, takich zmian nie było. Można zatem mówić o kserostomji przy chorobach gruczołów ślinowych i symptomatycznej, przy której suchość jamy ustnej jest odbiciem ośrodkowej choroby centralnego systemu nerwowego. Przy samoistnej kserostomji nie może być zupełnej suchości jamy ustnej, gdyż: 1) *gl. sublingualis* samodzielnie prawie nigdy nie choruje, 2) wydzieliny *parotis submaxillaris* nigdy zupełnie nie wstrzymują się, a zostają się jeszcze liczne śluzowe gruczołki w jamie ustnej.

Leczenie zależy od rodzaju cierpienia. Przy kserostomji wskutek zapalenia gruczołów ślinowych—środki przeciwzapalne; przy zwężeniach przewodów i przy kamieniach—operacja; przy braku zębów—dostawka; z samą suchością jamy ustnej niema co walczyć, gdyż jest ona bezsilna; można zalecać częste płukania *(dec. Althea)*. Przy kserostomji nerwowej — kuracja jest prawie bezsilną. *R.*

30). Dr. Etchepareborda M. (Buenos. Ayres). **Przypadek tętniaka (aneurysma) dolnej tętnicy zębodołowej (art. alveolarais inferior); śmierć po wyjęciu zęba** (L'Ondotologie, II r. z. Viert. Fachbl. 4 r. z.)

Do jednego ze szpitali w Buenos-Ayres zgłosił się 17-letni włościanin, prosząc o przyjęcie go. Narzekał na ogólne osłabienie, niezdolność do pracy, gdyż najlżejszy wysiłek go męczył, powodował zawroty głowy i t. d., głównie zaś prosił o zwrócenie uwagi na jego zęby. Na rok przed zgłoszeniem się do szpitala zaczął cierpieć na ból zębów w dolnej szczęce po lewej stronie. Według jego słów, z zęba (drugiego lewego dolnego trzonowca) krwawiło. Powtarzało się to mniej więcej co miesiąc. Krwawienie było dosyć znaczne; za każdym razem powodowało znaczne osłabienie. Zwrócił się on wreszcie do lekarza u siebie na wsi i prosił o usunięcie „krwawiącego“ zęba. Po wyjęciu zęba nastąpił silny krwotok, którego nie można było zatamować, pomimo stosowania wszelkich środków. Chory zemdlał; odwieziono go do domu w stanie prawie beznadziejnym. Krwotok ustał, prawdopodobnie, dzięki głębokiemu omdleniu, lecz wznowił się niebawem. Idąc za radą lekarza, chory zwrócił się do szpitala. W miejscu wyjętego zęba trzymał on tampon, przyciskając go górnymi zębami, tamując w ten sposób mechanicznie krwawienie. Lecz tampon przeszkadzał w przyjmowaniu pokarmów, co wraz ze znaczną utratą krwi wskutek poprzednich krwotoków zupełnie wyczerpało siły chorego. Niebezpieczeństwo, które groziło choremu, zdecydowało o natychmiastowem przystąpieniu do operacji. Po zastrzyknięciu kofeiny przewiązano w znieczuleniu miejscowem *carotis externa* prawie bez utraty krwi; tampon następnie wyjęto. Pomimo przewiązania krew trysnęła strumieniem z zębodołu; nastąpił zapad *(coma)*, a po 10 minutach śmierć, chociaż były stosowane wszelkie możliwe środki ratunkowe.

Sekcja wykazała: dolna szczęka dosyć dużych rozmiarów; zębodoły i zęby normalne; w zębodole usuniętego zęba skrzepy krwi; pod pierwszym i drugim trzonowcem wgłębienie, mające 1 cm. 3 mm. głębokości i 7 mm. szerokości. Tkanka kostna, otaczająca wgłębienie, zniszczona, również korzenie pozostałego trzonowca; tętnica w tem miejscu dwa lub trzy razy szersza, niż zwykle; nerw przechodzi w oddzielnym kanale pod tętnicą.

Przypadki tętniaków, podobnych do opisanego powyżej, są dosyć rzadkie. Pomimo to, dowodzą one z jaką ostrożnością powinniśmy przystępować do usunięcia zęba.

Rozpoznanie tętniaków ułatwia charakter krwotoku. Przy krwawiączce krwawienie nie jest takie szybkie: zębodół napełnia się krwią stopniowo; krew nie tryska strumieniem, jak to ma miejsce przy tętniakach. W ostatnim przypadku krew jakby pulsuje, według spostrzeżeń niektórych autorów. Najbardziej celowem przy rozpoznaniu tętniaków jest stosowanie radjografji — rzecz prawie niemożliwa w prywatnej praktyce dentysty. Przewiązanie *carotis*, jak dowodzi przytoczony przypadek, nie prowadzi do celu. W niektórych razach może być skutecznem zastrzyknięcie żelatyny; najradykalniejszym jednak zabiegiem jest rezekowanie dolnej szczęki w miejscu, gdzie się znajduje tętniak i przygotowanie następnie odpowiedniej dostawki. Jest to, rozumie się, operacja poważna, zniekształcająca szczękę, lecz jedyny to środek radykalny. *Z. F.*

31). Jacquet. Wypadanie włosów pochodzenia zębowego (Monde Médical, 15, I; ref. Żurn. zubowr. VII r. ub.)

Jacquet wykazał, iż wypadanie włosów częstokroć może być skutkiem pewnych podrażnień ze strony zębów. Wypadanie włosów może pochodzić od wielu innych przyczyn: od schorzeń oskrzeli i płuc, żołądka i kiszek oraz urazów zewnętrznych. Ale wypadanie włosów pochodzenia zębowego zdarza się bardzo często—w trzeciej części przypadków pochodzenia odruchowego. Rousseau-Decelle opisał (Presse médicale 10 r. 1909) objawy wypadania włosów pochodzenia zębowego.

1) Wypadanie włosów często następuje po ataku nerwobólu pochodzenia zębowego. Atak może poprzedzać wypadanie włosów o dwa lub trzy miesiące, ale najczęściej ma miejsce w tym samym miesiącu co i wypadanie włosów.

2) Wypadanie włosów następuje po tejże stronie, co nerwobóle, czy też wogóle, gdzie znajduje się zepsuty ząb; zdarza się ono częściej po stronie lewej, tak samo, jak częściej po stronie lewej spotykają się zepsute zęby (Galippe).

3) Wypadanie włosów ma miejsce przeważnie w niektórych mających do tego skłonność okolicach głowy (okolice Jacquet'a, przytem istnieje jakby ścisły związek między miejscem podrażnienia zębów a miejscem początkowego wypadania włosów. Naprz. wypadanie włosów przy podrażnieniu tylnej części dolnej szczęki prawie zawsze umiejscawia się w okolicy potylicowej. Z liczby 16

przypadków wypadania włosów przy wyrzynaniu się lub wskutek bólu dolnego zęba mądrości Rousseau-Decelle w 14 zauważył wypadanie włosów na potylicy. U pewnego młodzieńca, któremu włosy wypadały już od pięciu lat, wyrzynanie się lewego zęba mądrości spowodowało ból jednocześnie w okolicy potylicowej, w której w ciągu pięciu lat włosy nie wypadały; zaczęło się swędzenie po lewej stronie; włosy łatwo się dawały wyrywać i to w jednem ściśle ograniczonem miejscu, po lewej stronie od linji środkowej; włosy wypadały też same przez się, tak że w ciągu 5 — 6 dni w tem miejscu powstała łysina.

4) Wypadanie włosów następuje wskutek zaatakowania zębodołów i dziąseł częściej, aniżeli przy schorzeniu samych zębów. W 25 przyp. wypadania włosów pochodzenia zębowego Rousseau-Decelle obserwował 3 przypadki schorzenia zębów (zapalenie miazgi) i 22 przyp. cierpień tkanek okołozębnych (10—zapalenia ozębnej, 2—ropotoku, 1—torbieli, 9 — wyrzynania się zębów). Rzeczywiście schorzenia te oddziaływają rozmaicie na nerw trójdzielny. Cierpienia miazgi w znacznym stopniu, lecz krótkotrwale, rozpromieniają się po całej drodze n. trójdzielnego i pierwszych dwóch nerwów szyjowych (ślinotok, łzawienie, światłowstręt, bóle w uchu, w mięśniach i t. d.), i wywołują w całej tej okolicy, aż do samych zakończeń nerwów krótkotwałe, przemijające podrażnienie, które rozprzestrzenia się na znaczną powierzchnię i zmienia odżywianie się skóry dyfuzyjnie i czasowo. Cierpienia zaś zębodołowe — przeciwnie, oddziaływają jednocześnie i silnie przez czas dłuższy i powrotnie; bóle promieniują po całym nerwie trójdzielnym tylko w czasie ostrych ataków, w odstępach zaś czasu pomiędzy atakami wywołują one na obwodzie podrażnienie długotrwałe (ukryty nerwoból) i ograniczone na niektórych tylko włóknach nerwowych. Podrażnienie to przechodzi przez móżdżek podłużny, dolną gałąź nerwu trójdzielnego, szary mózg i gałęzie czuciowe nerwów szyjowych do jednego, ściśle ograniczonego miejsca na powierzchni skóry, zmienia odżywianie tego miejsca głęboko i na czas dłuższy; w tem właśnie miejscu następuje wypadanie włosów po ostrym ataku, stanowiącym koncentrację tego samego rodzaju podrażnień.

5) Wypadaniu włosów towarzyszy cały komplet objawów, jako to: nadczułość, zaczerwienienie, podwyższona ciepłota w odpo-

wiedniem miejscu, cierpienia gruczołów ślinowych i limfatycznych, otok i t. p. Ogół tych objawów Jaquet nazywa symptomatem zębowym. Nie zawsze występują razem wszystkie te objawy; najbardziej stały — to zwiększona nadczułość, lecz niekiedy komplet objawów bywa pełny. Jaquet i Rousseau-Decelle obserwowali chorego, u którego miały miejsce: wypadanie włosów na lewej górnej wardze, katar nosa z lewej strony, zapalenie gruczołu podszczękowego i gruczołów chłonnych twarzy z lewej strony, zaczerwienienie okolicy podbródkowej z lewej strony, otok lewej strony twarzy, nadczułość lewego nerwu trójdzielnego, podwyższona ciepłota z lewej strony o 2^0 w porównaniu z prawą. Wszystkie te objawy były to skutki ostrego zapalenia ozębnej dwóch górnych lewych siekaczy. Po 10-dniowej kuracji wszystkie te objawy przeszły, poczem nastąpiło wyleczenie.

6) Wypadanie włosów ma miejsce na nieznacznych i nielicznych (najczęściej jednem lub dwóch) miejscach. Wypadanie na większych przestrzeniach nie bywa pochodzenia zębowego.

7) Wypadanie włosów pochodzenia zębowego ma dobrą prognozę; leczy się daleko łatwiej, aniżeli wypadanie włosów każdego innego pochodzenia zgodnie z dewizą: *sublata causa, tollitur efectus* (po usunięciu przyczyny znika skutek). W samej rzeczy, nie mówiąc o przypadkach wyjątkowych, zawsze można łatwo i szybko usunąć podrażnienie ze strony zęba, daleko prędzej i pewniej, aniżeli wyleczyć zapalenie jelita (entérocolite), lub gruźlicze oskrzelowe zapalenie płuc (bronchopneumonia), albo wzmocnić zrujnowany organizm (są to przyczyny, mogące wywołać wypadanie włosów).

8) Wypadanie włosów ustaje prędko i często bezpośrednio po wyleczeniu zęba. Chociaż niezbędnem jest jednocześnie z leczeniem miejscowem stosowanie ogólnego, jednakże Rousseau-Decelle w przypadkach wypadania włosów pochodzenia zębowego systematycznie leczył tylko miejscowo, jedynie w tym celu, ażeby można było wyprowadzić pewniejsze wnioski. W ten sposób w 27 leczonych przez niego przypadkach w 19 były wyniki dodatnie, a w 3 ujemne. Ulga w chorobie nastąpiła (po 2 lub 3 miesiącach) w 3 przyp.

Istnieje więc cały szereg spostrzeżeń, bez najmniejszej wątpliwości dowodzących, że podrażnienie zębowej części nerwu trójdzielsiebie w stanie jest wywołać takie zaburzenie w odżywianiu, jakiem jest wypadanie włosów. *R.*

32). Nierozpoznane pierwotne wrzody syfilityczne migdałków. (chancres de l'amygdale méconnus). Na cierpienia te, niebezpieczne dla organizmu, zwraca uwagę dr. Pernet (Annal. de maladies vénérien. z r. z.). Aczkolwiek szankry migdałków są zbadane i opisane bardzo szczegółowo, w praktyce jednak często się zdarza, że pozostają one nierozpoznane, zwłaszcza przez niespecjalistów. Dwa tego rodzaju przypadki autor opisuje w swym artykule. W pierwszym — sprawa dotyczyła kobiety, u której na prawym migdale powstało owrzodzenie; lekarz wyciął migdał, lecz owrzodzenie poszło dalej, zajęło języczek i lewy migdał. Rozprzestrzenienie się zapalenia gruczołów oraz ukazanie się różyczki nasunęło przepuszczenie istnienia syfilisu, które potwierdzone zostało przez specjalistę. W drugim przypadku lekarz nie-syfilidolog rozpoznał u 39-letniego mężczyzny dyfteryt w gardle, wskutek czego zastrzyknięto mu surowicę przeciwbłoniczną. Tymczasem po niejakim czasie u chorego zaczęły powiększać się gruczoły, a następnie całe ciało okazało się osypanem kiłakami. W ten sposób nieznajomość obrazu klinicznego pierwotnego kiłaka doprowadziła do ciężkich omyłek djagnostycznych (Żurnał kożn. i wener. boliezn. 8. r. z.) *K.*

33). Brunk. Niedrożność wrodzona nozdrzy tylnych, a forma podniebienia. (Zeitschr. f. Ohrenh. Tom 59. Now. lekar. 1911 r.). B. staje po stronie tych, którzy wysokie podniebienie uważają za skutek oddychania ustami. Przypadki wrodzonej niedrożności nozdrzy, w których nie było zmian w formie podniebienia, dotyczą małych dzieci, u których zmiany w kształcie podniebienia nie mogły jeszcze wystąpić; u dorosłych spotyka się zawsze w tych przypadkach wysokie podniebienie; przypadek Baurowicza, w którym kształt podniebienia nie był zmieniony, należy do wyjątków. Dowodzenie, że podniebienie wysokie stoi w związku z wrodzoną wązkością kości twarzy, uważa B. za niesłuszne, jakkolwiek przyznaje, że przyczyny wysokiego podniebienia są różne.

W niektórych przypadkach jednostronnej niedrożności nozdrzy zdarza się niedorozwój twarzy, przeważnie po tej stronie, po której są nozdrza niedrożne, wyjątkowo jednak po stronie przeciwnej. Obecnie nie można orzec, czy zachodzi przyczynowy związek między podniebieniem wysokiem, względnie niedrożnością nozdrzy, a niedorozwojem twarzy; możliwem jest, że zjawiska te są od siebie niezależne.

X.

34). O rozszerzeniu przewodów ślinowych u wydymaczy. (Zeitschr. f. Ohrenh. 59. Nowiny lek. 2. 1911).

Pierwszy, który opisał to cierpienie był Guinard. Scheider zbadał 300 robotników, pracujących w hucie szklanej i znalazł u 6 proc. robotników rozszerzenie przewodu ślinianki przyusznej. Cierpienie to uwydatnia się na zewnątrz jako guz miękki w okolicy przyusznej, jeżeli powietrze gromadzi się w rozgałęzieniach przewodu ślinniankowego, lub też w postaci guza, przebiegającego równolegle do kości jarzmowej, jeżeli rozszerzony jest sam przewód. Przy ucisku na guz uchodzą bańki powietrza z przewodu do jamy ustnej. Autor opisuje przypadek, gdzie robotnik wskutek nadmiernego rozszerzenia przewodowo stał się niezdolnym do pracy, u Nargath'a—w jednym podobnym przypadku nastąpiło podczas pracy pęknięcie guza i powstanie odmy podskórnej. Rzadziej spotyka się to cierpienie u muzyków, grających na dętych instrumentach. S. opisuje przypadek: u trębacza wojskowego, u którego spostrzegał, oprócz rozszerzenia przewodu ślinianki przyusznej, było także rozszerzenie przewodu ślinianki podszczękowej. Od strony jamy ustnej można było swobodnie zgłębnikiem wejść do przewodów.

X.

BIBLJOGRAFJA.

Lekarz dentysta E. M. Hofung. **Podstawy dentystyki protetycznej (Osnowy protieznawo zubowraczewanja).** *Podręcznik dla studjujących dentystykę i dentystów. Z 94 rys. w tekście. Wyd. księgarni A. S. Suworina. Charków. Str. 181. Cena rb. 1 kop. 45 (w opr.).*

Dziełko, stanowiące właściwie krótki podręcznik praktyczny przeważnie dla początkujących, objaśnia podstawowe prawidła techniki protetycznej. Obejmuje ono XVI działów, dotyczących wszystkiego, co ma związek z techniką protetyczną, a mianowicie: przedwstępnego przygotowywania ust do wstawiania protezy, wycisków, masy wyciskowej, materjałów, stosowanych do celów zdejmowania wycisków, zgryzu, zębów sztucznych, ich przyszlifowywania do dostawki, przygotowywania dostawki kauczukowej. *Drugi* dział dotyczy robót metalowych oraz metalurgji dentystyczno-protetycznej. W dziale tym omówiono: sposoby przygotowywania zębów ćwieczkowych, koron oraz ich nasadzania, dalej lutowanie, pozłacanie, dostawki z podstawą złotą, naprawianie ich, dostawki mostkowe, zamykadła podniebienne, zatyczki do

zatoki szczękowej, szyny przy złamaniach szczęk oraz ogólne wiadomości z dziedziny ortodontji.

Jako krótki podręcznik omawiana praca daje ogólne pojęcie o wszystkiem, co wkracza w dziedzinę techniki protetycznej. Zaznaczyć należy, że wszystko traktowane jest nader zwięźle przy jednoczesnem uwzględnianiu praktycznej strony każdego poszczególnego przedmiotu.

Dla uczniów oraz pragnących zapoznać się z tym lub innym działem powyższa cecha dzieła jest ważna, gdyż znacznie ułatwia ona zrozumienie rzeczy. Układanie tego rodzaju prac, mających przeważnie charakter praktyczny, jest rzeczą niełatwą, gdyż autor wszechstronnie musi być obeznany z każdym poszczególnym przedmiotem, aby sobie mógł wyrobić pewne kryterjum i przytoczyć to tylko, co jest najodpowiedniejszem, najbardziej celowem z punktu widzenia praktycznego.

Praca kol. Hofunga, odpowiadająca powyższym wymaganiom, zasługuje na uwagę, gdyż stanowi dziełko dobrze, treściwie i sumiennie opracowane. *K.*

Lekarz-dentysta E. M. Hofung, **Dentystyka praktyczna (Prakticzeskoje zubowraczewanje).** *Podręcznik dla dentystów i studjujących dentystykę. Z 111 rys. w tekście. Wyd. firmy „Sotrudnik". Petersburg-Kijów. Str. 202. Cena 1 rb. kop. 50 w opr.).*

Autor, lektor w 1-ej szkole dentystycznej w Charkowie oraz kierownik zajęciami praktycznemi w klinice, przy zestawieniu powyższej pracy miał na celu napisanie dziełka wyłącznie o charakterze praktycznym, które objęłoby choroby zębów i jamy ustnej tylko z punktu widzenia klinicznego. Praca więc, napisana możliwie krótko, a jednak treściwie i zwięźle, nie posiada charakteru zwykłego konspektu.

Dziełko podzielone jest na 5 części: 1) anatomja i histologja zębów, oględziny jamy ustnej (anamnesis, status praesens, diagnosis, therapia, prognosis), caries, nadczułość zębiny, pulpitis, zgorzel miazgi, periodontitis, kamień nazębny; 2) plombowanie zębów; 3) wyjmowanie zębów; 4) gingivitis et stomatitis; 5) farmakologja dentystyczna (włącznie proszki, pasty i płukania).

Praca, aczkolwiek pod względem objętościowym niewielka, zawiera jednak wszystko, co nam dały ostatnie czasy; mamy więc tu wszelkie inowacje, ulepszenia w tej lub owej dziedzinie; wszystko to rzeczywiście traktowane jest wyłącznie z praktycznego punktu widzenia. Bardzo treściwie opisane są działy, traktujące o leczeniu i plombowaniu zębów. W ostatnim uwzględniono plombowanie porcelaną i wkładkami złotemi oraz cementami krzemowymi.

Dziełko pod względem ścisłości treści robi sympatyczne wrażenie; widocznem jest, że autor umiał wszystko ująć w odpowiednie

ramki, cały materjał naukowo-praktyczny właściwie zgrupować, zestawiwszy dziełko, które przydać się może nietylko studentom, lecz początkującym zwłaszcza praktykom. *K.*

Mamlok N. (Berlin). **Podręcznik plombowania porcelaną oraz zastosowanie jej w niektórych wyjątkowych przypadkach.** *Tłumaczenie z niem. na ros. przez dra Gowsiejewa. Z 187 rys. w tekście. II popr. i uzup. wyd. Nakł. red. „Odontołogiczeskoje Obozrenie". Moskwa (Dołgorukowskaja 20). Str. 83. R. 1911. Cena rb. 1 kop. 50.*

Praca autora stanowi krótki podręcznik plombowania porcelaną, w którym uwzględniono bardzo wiele opartych na własnem doświadczeniu wskazówek. Danych historycznych autor zupełnie nie przytoczył, mając na względzie tylko praktyczny cel podręcznika. W tych przypadkach, w których stosowane są różne metody plombowania, autor szczegółowo opisuje te tylko, które zdawały mu się najbardziej racjonalne i odpowiednie, o innych zaś wspomina powierzchownie, mając na względzie to, że najpierw należy tę lub ową metodę posiąść, nim poświęci się uwagę różnym inowacjom, o których często wspomina się w pismach specjalnych lub też się mówi na różnych kongresach.

Praca podzielona jest na 6 działów, omawiających: przygotowywanie ubytków, zdejmowanie wycisków, wypalanie plomby porcelanowej, jej wprawianie, korony z porcelaną i sztucznem dziąsłem oraz środki pomocnicze.

Pragnący zapoznać się z plombowaniem porcelaną w każdym poszczególnym dziale znajdzie dużo cennych wskazówek praktycznych, przyczem dołączone ilustracje, dotyczące poszczególnych przypadków, znacznie ułatwiają zrozumienie rzeczy.

Dziełko Mamloka, zaznaczamy, stanowi bardzo dobry, treściwie napisany podręcznik, w którym uwzględniono dużo wskazówek praktycznych, osoby więc, interesujące się sprawą plombowania zębów, mogą wiele z niego korzystać, zwłaszcza ci koledzy, którzy nie znają języka niemieckiego, w którym napisany jest oryginał pracy.

K.

Prof. G. Port. **Hygiena zębów i jamy ustnej w zdrowym i chorym stanie.** *Tłumaczenie z niemieckiego na rosyjski. Z 9 rys. w tekscie. Wyd. „Literaturno-medycinskawo żurnała dra Oksa". Petersburg Str. 64. Cena kop. 40.*

Broszura w sposób popularny omawia hygienę zębów i jamy ustnej, uwzględniwszy wszystko, co dotyczy tej sprawy. Dziełko podzielone jest na 13 działów: 1) budowa i przeznaczenie j. ustnej, 2) wyrzynanie się i zmiana zębów, 3) pielęgnowanie zębów i j. ustnej u chorych i ciężarnych, 5) przyczyny, sprzyjające powstawaniu próchnicy zębowej, 6) próchnienie zębów i jego bezpośrednie następstwa,

7) dalsze następstwa próchnienia zębów, pozostawionego bez leczenia, 8) szkodliwe następstwa zaniedbanego próchnienia zębów i wpływ na ogólny stan ustroju, 9) szkodliwy wpływ niektórych zawodów, również nadużycia tytuniu i wyskoku na twory j. ustnej, 10) wyjmowanie zębów, 11) leczenie próchnicy zębowej drogą plombowania, 12) zastąpienie utraconych zębów sztucznymi, 13) anomalje rozmieszczenia zębów i ich prostowanie.

Wszystkie działy ze względu na treść zawierają niezbędny materjał, który rzeczywiście każdego mniej więcej inteligentnego człowieka zainteresować może. Dzięki przystępności wykładu, książkę czyta się łatwo i z pewnem zaciekawieniem. Plan, którym się kierował autor, jest bardzo udatny, a to dla tego, że niema owego chaosu, jaki często spotykamy w podobnego rodzaju wydawnictwach.

K.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie**. Komitet gospodarczy XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich donosi, iż nadchodzący Zjazd zapowiada się coraz pomyślniej. Przewodniczący Kom. gosp. prof. dr. Juljan Nowak udał się osobiście do Warszawy, Poznania i Lwowa, aby w osobistem zetknięciu dowiedzieć się o życzeniach i zamiarach gości, których w tym roku witać będziemy w Krakowie. Pomimo chwilowych trudności, które nastręczał ostateczny wybór terminu Zjazdu, termin ten nieodwołalnie ustanowiono na 18—22 lipca r. b.

Uczestnictwo gości pozagalicyjskich będzie w tym roku wyjątkowo liczne. Prace sekcji, w których cały szereg tematów naukowych będzie przedstawiony przez uproszonych referentów, idą bardzo raźno. Niektóre sekcje urządzają wystawę okazów, tyczących się danej specjalności.

Również towarzyska strona Zjazdu nie będzie zaniedbana. Oprócz dwóch urzędowych zebrań, urządzonych przez Komitet gospodarczy i przez Radę Miejską, odbędzie się cały szereg przyjęć i u członków Komitetu i gospodarzy sekcji.

= **Osobiste**. Znany w sferach zawodowych i na polu naukowem stomatolog i c. k. lekarz pułkowy w Gyulafehérvár (Węgry), rodak nasz

dr. Juljan Zilz odznaczony został wojskowym orderem zasługi (Signum laudis).

= **Od Warszawskiego Tow. Odontologicznego.** W dniu 4 maja r. b. odbyło się zebranie członków t-wa. Na początku posiedzenia kol. W. Zieliński zawiadomił zebranych o śmierci dra Claude Martin'a w Lyonie.

Kartę żałobną na imię kol. Zielińskiego nadesłali syn zmarłego dr. Franciszek Martin oraz wdowa. Przez śmierć Claude Martin'a dentystyka straciła pełnego zasług dentystę, znanego na polu techniki chirurgiczno-dentystycznej. Claude Martin był twórcą dostawki doraźnej po rezekcji. On ulepszył dostawki twarzowe, wargowe, nosowe i uszne. Dalej był on bodaj twórcą sztucznej krtani. Aczkolwiek przed nim po resekcji sztuczną krtań robili Gussenbauer, v. Bruns i Wolff, jednak aparat przez nich wykonywany stanowił raczej tylko rurkę oddechową, przez którą chory mógł tylko swobodnie oddychać. Claude Martin pierwszy wykonał sztuczną krtań, która oprócz części tchawicznej miała również przyrząd do mówienia.

Po wygłoszeniu nekrologu kol. Zieliński zaproponował obecnym uczcić pamięć zmarłego przez powstanie, co też uczyniono.

Następnie kol. Zieliński wygłosił referat p. t. „O próchnicy zębowej i jej zapobieganiu". Na wstępie referent zwrócił uwagę na częstość próchnicy zębowej, dalej przytoczył różne teorje od najdawniejszych do obecnych czasów.

Co do zapobiegania próchnicy zębowej, to kol. Zieliński, opierając się na pracach Michaëlsa z Paryża, Michel'a z Würzburga, Andressena z Kopenhagi, Lowa, Hecht'a (Kronika Dentystyczna № 5 r. b.), zalecał pielęgnowanie zdrowia w ogólności i używanie rodanku potasu tak do wewnątrz jak i na zewnątrz.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich.** Na posiedzeniu, odb. w dniu 17 V r. b. przyjęto w poczet członków kasy: Henryka Tatara (Łódź), Zofję Berlandównę (Warszawa) i Elizę Kurchinównę (Warszawa). Na rzecz kasy kol. Idzikowski złożył rb. 25. Bliższych wiadomości udziela zarząd: K. Oyrzanowski (Zielna 12), A. Frejdkin (Widok 9), Z. Fabianówna (Marszałkowska 96) i M. Krakowski (Długa 47).

= **Wszechrosyjski Związek Dentystyczny.** Na posiedzeniu, odbytem w dniu 16 III r. b. A. Pudkiewicz i K. Ginsberg wnieśli projekt

zorganizowania zjazdu działaczy na polu wykształcenia dentystycznego, w celu rozpatrzenia sprawy reform tych studjów. W tym celu powołano komisję, która w ciągu krótkiego czasu projekt ten ma urzeczywistnić. Komisja ma prawo kooptowania członków z pośród kolegów miejscowych i zamiejscowych.

= **Wyjaśnienie Senatu.** Żydzi, posiadający dyplom uniwersytecki, nie podlegali dotyczas ograniczeniom, stosowanym do pozostałych żydów. Obecnie Senat wyjaśnił, że: żydzi, którzy mają prawo zamieszkiwania poza granicą osiedlenia, dzielą się na 2 kategorje: 1) kupców I gildji, doktorów medycyny, magistrów, docentów i pozostających na służbie państwowej, którzy nie podlegają ograniczeniom; natomiast 2) lekarze, *dentyści*, felczerzy, adwokaci i inżynierowie, którzy również mają prawo zamieszkiwania za granicą osiedlenia, nie mogą nabywać domów, ani innych nieruchomości.

= **Przyjęcie projektu.** Rada ministrów przyjęła projekt nowej ustawy dla szkół dentystycznych, które mają przejść pod kompetencję Ministerjum oświaty z prawami szkół prywatnych I-ej kategorji. O projekcie w swoim czasie pisaliśmy. Bliższe szczegóły podamy.

W redakcji naszego pisma jest do nabycia

„Polskie Słownictwo Dentystyczne"

w ukł. ***lek. dent. M. Krakowskiego***

Pierwsza ta praca w języku polskim zawiera wyrazy, dotycz. wszystkich dziedzin dentystyki.

Cena egz. rb. 1 kop. 50.

Wysyła się również za zaliczeniem pocztowem.

Lekarka dentystka poszukuje posady asystentki w lecznicy lub gabinecie prywatnym. Wiadomość w redakcji.

Lekarka-dentystka poszukuje posady asystentki w pryw. gabinecie lub lecznicy na skromnych warunkach. Oferty w red. dla K.

Kupię taboret dentystyczny w dobrym stanie Oferty w red. dla F.

Kupię fotel dentystyczny oraz bormaszynę w dobrym stanie. Oferty w red. dla L. N.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.